

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'UTILITÉ DES HAUTES DOSES

DANS LA MÉDICATION SALICYLÉE

DU

Rhumatisme Articulaire aigu

PAR

ALFRED DUBA

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

112

912

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

113

THESE

1891

THE DOCTORAL BY HEDERICK

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'UTILITÉ DES HAUTES DOSES

DANS LA MÉDICATION SALICYLÉE

DU

Rhumatisme Articulaire aigu

PAR

ALFRED DUBA

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

PROFESSEURS.....

Anatomie.....
 Anatomie médico-chirurgicale.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie générale.....
 Bactériologie.....
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et Thérapeutique générale.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....

M. ROGER

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 CH. RICHEL
 André BROCA
 DESGREZ
 BEZANÇON
 BRUMPT
 MARCEL LABBE
 N.
 LECENE
 LETULLE
 PRENANT
 RICHAUD
 CARNOT
 LÉON BERNARD
 BALHAZARD
 MENETRIER
 ROGER
 ACHARD
 VIDAL
 GILBERT
 CHAUFFARD
 MARFAN
 NOBECOURT
 CLAUDE
 JEANSELME
 PIERRE MARIE
 TEISSIER
 DELBET
 LEJARS
 HARTMANN
 GOSSET
 DE LAPERSONNE
 LEGUEU
 BRINDEAU
 JEANNIN
 COUVELAIRE
 J. L. FAURE
 AUGUSTE BROCA
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVIAL
 SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOIN
 BLANCHETIERE
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMAREST

DUVOIR
 FIESSINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 HEITZ-BOYER
 JOYEUX
 LABBE (HENRI)
 LAIGNEL-LAVASTINE
 LANGLOIS

LARDENNOIS
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBoullet
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT

RATHERY
 RETTERER
 RIBIERRE
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ (A)
 TANON
 TERRIEN
 TIFFENEAU
 VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

*Faible témoignage de toute mon
affection.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ

MÉDECIN DE L'HOPITAL BEAUJON

*En l'assurant de notre reconnais-
sance pour le grand honneur
qu'il nous a fait en voulant
bien présider cette thèse,*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Et particulièrement

M. LE PROFESSEUR ACHARD

M. LE PROFESSEUR CARNOT

M. LE DOCTEUR HISCHMANN

M. LE DOCTEUR FLORAND

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

A M. LE DOCTEUR CAUSSADE

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

*Qui a bien voulu nous inspirer
cette thèse.*

Introduction

Au cours d'un stage dans le service de M. le D^r Caussade, de l'Hôtel-Dieu, nous avons pu observer toute l'importance qui existe à administrer des hautes doses de salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, et ce, d'emblée, dès que celui-ci a été diagnostiqué.

C'est uniquement en agissant de cette façon que non seulement on abrège la maladie, on soulage son malade, mais encore c'est par ce moyen qu'on réunit le plus de garantie pour éviter la complication cardiaque.

Après avoir esquissé quelques généralités sur le mode d'emploi du médicament, ses principaux accidents particulièrement le délire salicylé, nous donnerons quelques observations type, en essayant de réunir, dans la mesure du possible, les différentes formes que peut prendre la maladie de Bouillaud, et les ressources à notre disposition pour tenter d'arrêter le mal.

Le salicylate de soude

« pierre de touche »

Lorsque nous sommes en présence d'un individu du sexe masculin, n'ayant pas dépassé trente ans et que, d'après les symptômes, nous avons conclu à une maladie de Bouillaud, il faut d'emblée administrer à ce malade une dose d'au moins douze grammes de salicylate de soude. Ce médicament est facile à manier, on peut aller jusqu'à 16 et 18 grammes sans danger ; dans les hôpitaux de Londres, on monte couramment jusqu'à 20 grammes.

Quelle voie allons-nous emprunter ? Chaque fois que ce sera possible, la voie buccale sera celle de choix ; par lavement, en cas d'intolérance gastrique. La voie intraveineuse sera exceptionnelle à cause surtout du danger de sclérose.

On donnera le salicylate per os soit en une seule prise, soit dans l'espace de cinq à six heures ; comme véhicule, tout simplement une tisane de chien-dent, laissant de côté les alcalins, le rhum et autres adjuvants classiques.

Dès le lendemain, quelques heures après cette ad-

ministration, un premier fait est acquis : nous tenons notre diagnostic ; ou bien nous nous sommes trompés, alors aucun changement dans l'état du malade ; tandis que dans le premier cas, nous avons une action nette sur la température qui baisse de un à deux degrés, les douleurs arthralgiques diminuent ou même ont disparu, de même pour la tuméfaction des articulations.

Dès maintenant, nous dirons donc que le salicylate de soude agit sur la fièvre, la tuméfaction, l'œdème périarticulaire et partant l'œdème de la valvule cardiaque à sa phase initiale, et sur la douleur.

D'autre part, ce médicament n'a aucune action sur la chorée rhumatismale, l'encéphalite rhumatisme, l'endocardite.

En somme, le salicylate de soude est un médicament spécial et non spécifique. Il n'a aucune action préventive.

Accidents toxiques

Délire salicylé

Nous ne ferons que signaler pour mémoire les accidents toxiques ; ils sont classiques : bourdonnements d'oreilles prédominants, par opposition à la quinine où le vertige prévaut, vertiges, surdité, quelquefois de l'amblyopie, de l'hémiparésie, de l'oligurie. Les rares cas mortels ont montré à l'autopsie des hémorragies labyrinthiques, des ecchymoses méningées et des séreuses, exceptionnellement du péritoine.

Mais comme l'a bien montré M. G. Caussade, les accidents graves sont précédés d'un phénomène avertisseur : « le délire salicylé ». Chose paradoxale, c'est souvent avec les petites doses qu'on l'observe, ce que nous ne saurions trop souligner, il survient un temps assez court, quelques heures, exceptionnellement cinq jours après l'administration du salicylate de soude.

En général, le début est brusque ou précédé d'une phase prodromique qui se traduit par de la loquacité ; une mobilité excessive des membres atteints, contrastant avec l'immobilité des jours pré-

cédents ; les douleurs s'atténuent beaucoup, il n'existe pas de céphalée, la température baisse de un à deux degrés et demi, rarement elle se maintient, en tout cas jamais on n'observe de poussée thermiques.

Au cours de l'accès, le faciès est vultueux, aucunement terrifié, bien au contraire, le malade est en proie à de la fureur agressive, on doit le maintenir, mais ce qui caractérise cet accès, ce sont les hallucinations exclusivement auditives.

Si après 24 h., 48 h. la crise n'a pas rétrocedé, notre malade est un taré antérieur, un alcoolique par exemple, l'hallucination alors prendra un caractère visuel.

Le diagnostic sera à faire avec l'encéphalite rhumatismale, les différences sont nettes, bien tranchées ; sommes-nous en présence de la complication rhumatismale, on notera une hyperthermie marquée, il existera de la céphalée, nous aurons un pouls accéléré. A aucun moment nous ne trouverons de délire hallucinatoire.

Retenons donc ce diagnostic bien différencié, nous rappelant que le délire salicylé s'observe bien plus souvent avec les faibles doses qu'avec les fortes.

Salicylate de Soude à haute dose

R... René, 20 ans, livreur, entre le 17 mars 1921, salle St-Augustin, pour rhumatisme articulaire aigu. Quinze jours avant son entrée, il a ressenti, au cours de son travail, une brusque douleur au genou gauche ; impossible de faire un mouvement pendant quatre jours, il existe de la douleur et du gonflement, ainsi qu'au niveau de ses poignets. Traité par le salicylate de soude, dose (2), il est guéri le 8^e jour, il reprend son travail, mais il y a cinq jours, les douleurs réapparaissent ainsi que le gonflement des genoux et des chevilles.

Actuellement, le 17, la température est de 38°2 ; jambes douloureuses, oedématisées ; les articulations tibio-tarsiennes ainsi que celles des genoux sont prises ; à droite on note du choc rotulien.

Pharynx un peu rouge.

Cœur : pouls à 90. A l'auscultation, on trouve un frottement souffle de péricardite.

On donne à ce malade 12 gr. de salicylate de soude qui sont bien tolérés.

Le 18, il souffre beaucoup moins, mais la tuméfaction persiste.

Température 37°6, on n'entend presque plus le frottement souffle de péricardite.

Le 19 : temp. 37°. On trouve un souffle systolique de la base, un dédoublement net du 2^e bruit, le genou gauche est tuméfié, douloureux.

Le 22 : temp. 36°8. A cause des phénomènes cardiaques survenus persistants, on donne 12 gr. de salicylate de soude.

Le 25 : 37°. On lui redonne 14 gr.

Le malade quitte l'hôpital le 31, guéri, sans complication cardiaque.

Il semble bien ici que la complication cardiaque n'a été évitée que grâce aux hautes doses de salicylate.

Le cas suivant est plus complexe.

B... Pierre, 22 ans, entre le 3 novembre 1920. Il a déjà présenté des crises de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 10 ans, à 15 ans où apparaît une endocardite, à 17 ans.

La crise actuelle a débuté le 15 octobre par de l'angine, de l'arthrite rhumatismale fluxionnaire des hanches, des épaules, des genoux et des coudes. A son entrée, les signes d'arthrite ont disparu, le malade vient parce qu'il se plaint de dyspnée d'effort, céphalée, gêne précordiale. Epistaxis. La température est de 39°.

Examen du cœur : Insuffisance et rétrécissement aortiques nets, avec leurs signes classiques. A la pointe, roulement présystolique, léger souffle. Les autres organes sont normaux. Pendant trois jours : les 4, 6, 7, on lui donne respectivement 10, 8, 8 gr. de salicylate de soude ; la température tombe à 37°.

Le 15 : temp. 38°2 ; apparaissent des signes d'épanchement pleural à la base gauche, ainsi que des frottements péricardiques nets.

Le 16 : 8 gr. de salicylate. Disparition des frottements, mais on constate un œdème léger en *pèlerine*, une grosse matité précordiale, ainsi qu'au niveau de la plèvre gauche. Le diagnostic de péricardique est confirmé par un tracé au moyen du phlébogramme. Par ponction du péricarde on retire 50 cc. de liquide séro-hématique.

La ponction pleurale donne 100 cc. de liquide citrin.

Le 20 : œdème généralisé. Pas d'ascite.

Le 21 : œdème persiste, on fait une saignée de 500 cc. ;

on donne XV gouttes de digitaline. Aucune rémission. La température est à 37°.

Le 24 novembre, brusquement, on a 39°2. Nouvel accès. On fait un tracé cardiaque qui montre une symphyse avec immobilité nette de la pointe. On reprend alors le salicylate de soude à raison de 10 gr.

Le 26 : temp. 37°6, 10 grammes.

Le 1^{er} décembre : temp. 38°4, 10 gr.

Le 3 décembre : temp. 37°2, légère régression de cet œdème généralisé, il subsiste encore des frottements pleuraux et péricardiques, mais non constants.

Le 6 décembre : très notable amélioration. Plus d'œdème. Polyurie. Les forces reviennent.

Les 8 et 12 : temp. 38°2-38° ; à nouveau on donne chacun de ces jours 10 gr. de salicylate.

Le malade quitte le service le 3 janvier 1921, avec une aortite et une symphyse cardiaque. Les signes de rétrécissement mitral de son entrée ont disparu.

On peut diviser cette observation en deux périodes : la première où le salicylate n'a été donné que timidement, à doses faibles de 10, 8, 8 grammes, les complications cardiaques ont évolué, l'œdème est apparu, il n'a été ni modifié, ni influencé par la digitale. Puis une seconde crise avec poussée fébrile, on reprend le salicylate à 10 grammes et on persiste : les phénomènes d'insuffisance cardiaque, les œdèmes s'amendent et disparaissent. Le malade peut quitter l'hôpital.

Nous voyons dans ces deux observations deux résultats assez différents. Dans le premier cas, nous avons un plein succès, la complication cardiaque qui s'annonçait disparaît. Dans le second, la péri-

cardite survenue au cours d'une longue évolution laisse derrière elle une symphyse, malgré le traitement énergique. Que devons-nous conclure de ces deux résultats ? : le premier malade en est à sa première crise de rhumatisme articulaire aigu, elle suit son cours banal, les fortes doses de salicylate jugulent la complication cardiaque, la valvule est seulement œdématiée, tout comme les articulations ; le salicylate supprime cet œdème, le fait disparaître tout comme celui des articulations. En même temps les hautes doses permettent d'abréger la durée de la maladie.

Notre second malade en est à sa 4^e atteinte ; il est déjà porteur d'une aortite établie, les phénomènes dont il se plaint sont d'ordre uniquement cardiaque, néanmoins, le salicylate du jour où on a persévéré à l'administrer à fortes doses, nous a donné l'amélioration qui a permis au malade de quitter l'hôpital sinon guéri tout au moins dans un état que la gravité de ses signes d'insuffisance cardiaque ne permettait pas d'espérer.

Monoarthrite rhumatismale. - Sexe. - Dose

Louis M..., 22 ans, entre à l'hôpital le 19 juillet 1922, salle St-Augustin, pour arthrite du poignet gauche. Pas de fièvre.

Tout de suite, on songe à une arthrite gonococcique, on traite successivement le malade par du sérum, puis par la méthode de Lévy-Bing, aucun résultat. En fin de compte, malgré cette allure mono-articulaire, apyrétique, on pense à une poussée de rhumatisme subaigu, et partant le malade est traité et guéri par des petites doses répétées (4-6-8 gr.) de salicylate de soude pendant un mois environ.

Il quitte l'hôpital guéri, en octobre 1922 ; il n'a jamais rien présenté d'anormal du côté du cœur.

Cette note est intéressante ; elle nous montre une maladie de Bouillaud évoluant sans aucune fièvre, sans gros phénomènes articulaires, d'une façon très subaiguë et ne touchant qu'une seule articulation ; c'est d'ailleurs ce début qui a influencé nos doses, l'absence de signes concomitants dans ce cas de rhumatisme articulaire aigu.

Et seul ce traitement, pierre de touche, nous a fait poser notre diagnostic.

Mais cet enseignement ne devait pas être perdu, car trois semaines après nous trouvions le même cas, mais combien plus démonstratif :

M..., Angel, jeune Anglaise de 17 ans, entre le 15 novembre 1922, salle Sainte-Monique, parce qu'elle souffre de sa hanche droite. Il n'existe ni tuméfaction ni

rougeur. Les mouvements sont limités du fait de la contracture, l'abduction est impossible ; l'adduction pénible. Les douleurs sont paroxystiques, surtout la nuit. Le début remonte à deux semaines. On élimine la coxalgie, la sciatique. On envisage la possibilité d'une gonococcie, mais la malade ayant ses règles, on ne peut procéder à une recherche du gonocoque.

L'examen du cœur ne révèle rien.

La température est de $38^{\circ}4$.

On donne le salicylate de soude à la dose de 6 grammes ; le lendemain, grosse amélioration.

Le 18 : temp. $38^{\circ}4$, pouls 144 ; on veut renouveler la dose, mais le médicament est vomi ; on administre ces 6 grammes en lavement.

Le 21 : à l'auscultation du cœur, on trouve un second bruit claqué. Le premier est prolongé avec une ébauche de souffle ; la hanche est toujours douloureuse, mais moins.

Le 23 : on entend un souffle systolique de la pointe. On continue à traiter la malade par 6 grammes de salicylate de soude en lavement et de la glace sur la région précordiale.

Le 25 : le souffle a disparu. Pouls 96 ; les douleurs ont beaucoup diminué.

Le 27 : état articulaire amélioré. Pouls 80, premier bruit prolongé, pas de souffle.

Le 29 : on note l'allure soufflante du premier bruit.

Dans les jours suivants et jusqu'au 13 décembre, le timbre soufflant du premier bruit persiste sans s'accroître.

Pas d'atrophie musculaire.

On lève la malade le 10 et le 12, elle peut faire quelques pas. Elle quitte l'hôpital, guérie, le 2 janvier 1923.

Instruits par le cas précédent, nous avons attaqué

d'emblée le mal. Malheureusement, nous devions être prudents, il s'agissait d'une femme. D'ailleurs, après la première dose, il fallut renoncer à l'administration per os. Nous eûmes recours à la voie rectale. Le salicylate est aussi bien absorbé. L'élimination a été vérifiée dans les urines avec le perchlorure de fer. Nous n'avons pu éviter la localisation sur l'endocarde. A quoi attribuer cet échec, sinon à l'impossibilité où nous étions de donner de fortes doses ?

A trois semaines de distance, nous avons eu dans le service, deux cas de maladie de Bouillaud, à forme mono articulaire. Le premier ne fut diagnostiqué que par la réussite du traitement. Quant au second, il nous a permis d'abord d'étayer fermement notre premier diagnostic ; ensuite nous avons vu l'impuissance dans laquelle nous nous trouvions d'éviter les complications cardiaques sans les hautes doses de salicylate de soude.

Nous avons constaté l'intolérance du sexe féminin vis-à-vis de ce médicament, mais ceci ne doit pas nous étonner, si nous savons que les femmes sont des vagotoniques et comme telles ne peuvent supporter les poisons.

Salicylate de soude à petites doses

Lorsque nous ne donnons pas le salicylate à fortes doses, cette médication doit être prolongée :

Louise M..., 28 ans, femme de chambre, entre salle Sainte-Monique, le 28 août 1920. Sa première crise de rhumatisme est récente, datant du mois de juin de la même année, localisée aux deux articulations tibio-tarsiennes. Améliorée par le salicylate. Actuellement, temp. $37^{\circ}8$, la malade se plaint de ses genoux, surtout le droit ; on note de la rougeur, de la tuméfaction. Le cœur est normal. On donne 5 gr. de salicylate de soude, et ce n'est qu'au huitième jour que nous obtenons une action radicale.

Le 16 septembre, la température monte à $38^{\circ}4$, on reprend 5 gr. de salicylate de soude.

Le 22 : temp. 39° ; on essaie de donner 8 gr. qui sont bien supportés et on les continue jusqu'au 27, où la fièvre tombe à $37^{\circ}2$; on revient à 4 gr.

Le 31 : temp. $37^{\circ}7$. On administre 6 gr. jusqu'au 12 octobre.

La malade sort guérie le 18 octobre.

Ayant affaire à une femme, nous ne pouvions donner les hautes doses. Aussi avons-nous vu se prolonger la crise. Heureusement, dans le cas présent, nous n'avons pas eu de complication cardiaque. Avec les doses faibles nous ne jugulons pas la maladie, au contraire, nous paraissions l'entretenir, au point que durant le séjour de cette malade nous avons noté une seconde reprise de l'accès le 16 sep-

tembre. Nous revenons à 5 gr. comme au début ; alors, non seulement pas d'accalmie, mais même nous enregistrons une poussée de température ; nous essayons 8 gr. qui sont bien tolérés. Nous voyons notre malade s'améliorer définitivement.

Nous disons donc que les faibles doses auxquelles nous devons avoir recours chez la femme, n'arrêtent pas la crise — peut-être la prolongent-elles !

Maladie mitrale chez un homme à la suite de crises rhumatismales très atténuées

Les lois classiques énoncées par Bouillaud sur le rhumatisme articulaire aigu restent toujours vraies ; seulement, comme l'a bien mis en lumière le professeur E. Weill (de Lyon), il faut y ajouter quelques modifications et, dit-il, parlant des enfants, se méfier des crises très atténuées de rhumatisme articulaire aigu qui « nous ont donné plus de 50 % de complications cardiaques alors qu'elles sont exceptionnellement nocives chez l'adulte ». — Nous voudrions vous relater le cas suivant observé chez un homme de 23 ans.

Louis G..., garçon de café, entre le 17 novembre 1921, salle Saint-Augustin, pour douleurs articulaires s'accompagnant d'éruption à leurs niveaux. Quelques troubles gastriques. Temp. 37°6.

Début remontant à 5 semaines, lent, insidieux. Douleurs légères aux articulations des genoux, des coudes et du pouce droit. Il avait à ce moment présenté des vomissements et un peu d'angine rouge, le tout n'avait pas duré plus de 4-5 jours.

Comme antécédents, il se rappelle deux atteintes semblables : l'une en 1919, l'autre en 1920, mais si légères qu'il n'avait pas même interrompu son travail une heure.

Actuellement, on note un peu de pâleur, de la transpiration, mais qu'il dit être moindre qu'au moment de son angine.

Les articulations sont à peine douloureuses, pas de

gonflement, ni rougeur. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'on trouve aux genoux une éruption qui remonte à 8 jours, se présentant sous forme d'éléments groupés en corymbes, petites saillies acuminées. Quelques éléments plus jeunes aux fesses et à l'épaule droite.

Examen du cœur, pouls lent et régulier, 48 pulsations. A l'auscultation, orifice mitral : souffle systolique et pré-systolique avec dédoublement du second bruit.

A ce malade qui, chez lui, n'avait pu supporter 6 gr. de salicylate de soude, on en administre 12 gr. qui sont bien tolérés. Les symptômes articulaires sont très amendés.

Le 22 : temp. $37^{\circ}4$; 12 gr. de salicylate, l'éruption de l'épaule gauche a rétrocedé sans évoluer. Troubles digestifs améliorés.

Le 25 : temp. 37° ; 14 gr. salicylate.

Le 1^{er} décembre : temp. $38^{\circ}4$; on note une éruption très prurigineuse au niveau des avant-bras et ressemblant à de l'urticaire. Propagation aux interlignes métacarpo-phalangiens, radio et cubito-carpiens. Ces éléments ortiés ont évolué et ont disparu rapidement, remplacés par un gonflement douloureux des doigts et de la main, suivant le squelette métacarpo-phalangiens ; extrémités rouges et même cyanosées. Ces symptômes locaux s'accompagnent d'une grande agitation, de transpiration, de soif. On donne 10 gr. de salicylate.

2 décembre : rémission marquée. Les articulations ne sont pas spontanément douloureuses. Elles sont peu gonflées et de coloration presque normale.

3 décembre, 4 décembre, 5 décembre : 9, 8, 7 gr.

On décroît les doses de salicylate de soude et malgré cela on note quelques signes d'intolérance gastrique accompagnés de vertiges et tintements d'oreilles. Il persiste quelques arthralgies localisées aux deux articulations

radio-carpiennes et à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit.

10 décembre : dernière dose de salicylate. Aucun changement dans les articulations, ni dans le rythme cardiaque ; dédoublement marqué du second bruit.

14 décembre : Le malade sort pour aller se reposer un mois à la campagne.

Si nous relatons cette observation, c'est afin de montrer l'étiologie de cette maladie mitrale survenue presque sans aucun signe chez notre malade. En effet, à supposer que cet homme fût entré pour une affection tout autre, que penser de cette maladie de cœur ? Car si nous avons eu connaissance des crises atténuées de 1919 et 1920 qu'il nous a signalées, c'est parce que nous avons insisté. Car cet homme, bien portant en somme, garçon de café, quelle importance pouvait-il attacher à ces malaises légers qui ne l'ont point forcé d'interrompre son travail ?

Malheureusement, comment dépister ces attaques insidieuses ? En supposant un instant que ce malade ait été consulter un médecin : mal de gorge banal, trop même, vague courbature, qui aurait pu songer à une maladie de Bouillaud ?

Si, actuellement, le malade est guéri, capable de travailler, avec une lésion cardiaque bien compensée, son pronostic est assez sombre.

Ce que nous pouvons encore remarquer, c'est la forme assez spéciale qu'a prise ce rhumatisme articulaire aigu se localisant aux petites articulations :

c'est cette éruption qu'il faut signaler, n'ayant rien de commun avec les sudamina qui sont fréquents. Disons surtout que ce malade qui n'avait pu supporter 6 gr. de salicylate de soude chez lui, a bien toléré à l'hôpital, les 12 gr. qu'on lui a administrés ; ce qui vient à l'appui de ce que nous disions au début à propos du délire salicylé : se méfier des petites doses.

Sciatique et Salicylate de soude à hautes doses

Le malade de Saint-Augustin ayant présenté ce cas de rhumatisme monoarticulaire aigu, venait de quitter l'hôpital, quand arrive un malade atteint de sciatique gauche et présentant une insuffisance mitrale bien compensée.

R... Alfred, 23 ans, entre salle Saint-Augustin, le 4 octobre 1922, pour douleurs à la fesse gauche, survenant par accès et surtout dans la position assise. Il souffre ainsi depuis le mois d'avril.

A l'examen : aucun endroit franchement douloureux, pas de point trochantérien, ni péronier. Légère douleur partie postérieure de la cuisse. Signe de Lasègue positif. Le malade étant debout, pas d'abaissement du pli fessier, pas de scoliose.

Réflexes rotuliens normaux, achilléen gauche aboli.

Un peu d'atrophie musculaire.

Pas de douleur à la pression et percussion des apophyses épineuses. Légère douleur à la pression de l'articulation sacro-iliaque droite. On fait faire une radiographie qui est négative. Pas de douleur du côté gauche.

Poumons normaux.

A l'examen du cœur : souffle systolique de la pointe en jet de vapeur, se propageant dans l'aisselle. Deuxième bruit normal. Pouls bien frappé. Pas de signes fonctionnels.

Rien dans les urines.

Ses antécédents ne fournissent aucun renseignement.

La température n'a jamais dépassé 37°6.

Le 6 octobre : on donne 12 gr. salicylate de soude.

Le 9 » : » 8 gr. » »

Le 10 » : » 8 gr. » »

Le 15 » : » 14 gr. » »

Le malade sort guéri le 21 octobre.

Après avoir envisagé les étiologies de cette sciatique, en somme subaiguë, nous nous sommes arrêtés au diagnostic de sciatique rhumatismale et d'emblée avons administré à ce malade une dose de 12 gr. de salicylate. Cette épreuve nous confirme dans notre diagnostic. On persiste et finalement le malade sort guéri à la quatrième prise du médicament.

Ici, comme toujours, étant en présence d'un homme, nous avons employé les hautes doses, la dernière de 14 gr. ingérée en 6 heures est bien supportée. Ce qui est ici particulier, c'est non seulement cette localisation de la maladie de Bouillaud qui dure depuis plus de six mois, mais cette insuffisance mitrale. Comment l'expliquer, sinon comme une endocardite d'origine rhumatismale ayant évolué d'une façon insidieuse, ce qui vient d'ailleurs encore illustrer le cas que nous signalions récemment.

Rhumatisme articulaire aigu et âge

Dans toutes les observations que nous avons signalées et rapportées jusqu'ici, aucun de nos malades n'a dépassé 30 ans, et c'est, nous croyons, l'âge limite de la maladie de Bouillaud, tant pour une première atteinte que pour des crises ultérieures. Ainsi le malade dont nous allons relater l'observation, et pour lequel tous les symptômes plaident en faveur du rhumatisme articulaire aigu, n'a pas bénéficié d'un traitement salicylé.

José S..., 40 ans, journalier. Pas d'antécédents pathologiques. Entre salle Saint-Augustin, le 1^{er} mars 1922, pour douleurs articulaires généralisées, dont le début insidieux, le 26 février, aurait été accompagné d'angine.

Actuellement, température 38°. Sueurs abondantes, toutes les articulations sont prises ; réaction légère, inflammatoire ; peau rosée, œdème non fruste.

Cœur : pointe non appréciable au palper, matité non augmentée. Bruits assourdis, surtout le premier. Pas de frottements. On donne 3 gr. de salicylate.

Le 2 mars : assourdissement complet ; les articulations sont plus douloureuses ; 12 gr. salicylate,

Le 6 mars : Souffre uniquement articulations des membres inférieurs. Les bruits cardiaques sont mieux perçus.

Le 9 mars : temp. 38°9 ; aucun changement.

Le 11 mars : temp. 38° ; 12 gr. salicylate de soude.

Le 15 mars : on pratique une hémoculture qui est négative.

Le 16 mars : temp. 38°1 : 9 gr. salicylate.

Le 17, 18, 19, chaque fois 6 gr. de salicylate.

Le 20 : aucune modification. Le docteur Georges Rosenthal propose une médication par l'électrargol. On débute par 10 cc. sous-cutanés.

Le 21 : 20 cc. électrargol sous-cutanés.

Le 22 : 5 cc. intraveineux.

Le 23 : 10 cc. intraveineux.

Le 27 : le bénéfice que l'on espérait tirer de l'électrargol n'a pas été obtenu ; on revient à la médication salicylée, à raison de 9 gr.

Le 28, 29, 30 : chaque jour 6 gr. et on décroît tous les jours jusqu'au 4 avril.

On reprend 8 gr. les 14 et 15 avril.

Le 16, le malade quitte le service sur sa demande, souffrant un peu moins, mais il n'est pas guéri.

Devant l'insuccès du salicylate de soude à hautes doses, nous avons changé la médication pour recourir à l'électrargol. Même résultat négatif. Ce n'est qu'en revenant au salicylate à petites doses qu'on a pu peut-être noter une légère amélioration.

Or, d'après ce que nous avons dit du salicylate de soude « pierre de touche », nous avons enregistré la faillite de celui-ci. Aussi, d'après l'âge du malade, le Dr G. Caussade affirme qu'il ne peut s'agir de rhumatisme articulaire aigu et donne le diagnostic de poussée aiguë de rhumatisme chronique, bien que celui-ci soit le plus souvent décrit comme mono ou oligoarticulaire et s'accompagnant de déformation. Ce qui, surtout, nous fait établir cette règle, et dans le cas particulier, c'est l'inefficacité des douze grammes de salicylate administrés dès l'entrée du malade.

Rhumatisme articulaire aigu et Complications pulmonaires

Nous connaissons bien les complications pulmonaires au cours du rhumatisme articulaire aigu, mais nous voulons insister sur l'inefficacité du salicylate de soude au cours des dites complications.

Nous avons, en effet, plusieurs observations qui le démontrent, la suivante entre autres, typique, qui s'est d'ailleurs terminée par la mort de la malade.

Malade de 30 ans, entrée à l'hôpital pour rhumatisme articulaire aigu. Ancienne rhumatisante, le diagnostic ne paraît pas douteux : elle présente des arthralgies et des fluxions articulaires avec une fièvre élevée ; le tout rétrocede sous l'influence d'une dose modérée (8 gr.) de salicylate.

Un souffle de la pointe témoigne d'une endocardite ancienne.

Mais on remarque que la malade présente un teint pâle, jaunâtre, qu'elle est atteinte de dyspnée sans signes d'auscultation suffisants. Un matin, alors qu'elle était considéré comme convalescente, elle présente une crise de dyspnée avec pâleur, sueurs, angoisse, tachyrythmie et expecto-vation mousseuse, rosée : œdème aigu du poulmon.

Révlusion thoracique, scarification, saignée conjurent momentanément les accidents, et salicylate de soude 6 grammes.

Depuis cette alerte, la malade présente une courbe thermique irrégulière avec fièvre à type ondulant, à oscillations assez accentuées.

Au point de vue pulmonaire, l'état reste précaire : les

signes d'auscultation montrent l'encombrement des alvéoles et des fines ramifications bronchiques : râles fins, sibilants, bruit de tempête.

Bref, on songe à œdème pulmonaire infectieux, évoluant par poussées, état d'infection générale grave venu compliquer un rhumatisme existant, endocardite maligne possible.

Mort par progrès du catarrhe suffocant et asystolie.

AUTOPSIE

Poumons : Turgescence des deux poumons.

A la surface, alternative des zones de cyanose et de zones hémorragiques avec îlots d'emphysème de compensation.

A la coupe, même aspect typique de broncho-pneumonie à foyers disséminés, à forme d'hémorragies en foyers avec parties saines emphysémateuses.

Enorme œdème s'écoulant au raclage de la coupe du parenchyme. Pas trace de tuberculose.

Réactions pleurales bilatérales sous forme d'exsudats fibrineux recouvrant par place la surface du poumon et de la plèvre pariétale.

Cœur : extérieurement, flaccidité du cœur droit et au contraire tonicité du ventricule gauche avec un peu d'hypertrophie.

Dans l'ensemble, cœur plutôt petit.

A la coupe, intégrité du cœur droit qui est dilaté. Intégrité de l'orifice aortique.

On trouve une endocardite mitrale [rétrécissement mitral ancien avec vraisemblablement un certain degré d'insuffisance (béance de l'orifice admettant l'extrémité du doigt)].

Etat nacré, cicatriciel de l'origine auriculo-ventriculaire gauche, s'étendant jusqu'aux piliers ventriculaires. Mais il existe un liseré d'endocardite verruqueuse récente

sous forme d'un piqueté de granulations auquel adhère un chevelu cruorique (coagulation sanguine, stratification). Ce liseré d'endocardite récente s'implante comme il est classique de l'observer le long du bord libre de la valvule mitrale, sur la face auriculaire à une petite distance du bord libre, 2 à 3 mm. au-dessus de l'implantation des cordages.

Foie cardiaque.

Reins : pas de lésions macroscopiques.

Tube digestif, organes génitaux normaux.

Cette évolution, terminée par la mort de la malade, n'est pas classique. Nous sommes bien en présence de la forme œdémateuse, mais se comportant comme la forme pneumonique rhumatismale bien étudiée par Lebreton, facies pâle, anxieux et le corps couvert de sueurs, tandis que les signes d'auscultation étaient ceux du catarrhe suffocant. Que sur tout cet ensemble soit venu se brocher une endocardite maligne, cela s'est confirmé à l'autopsie, mais nous pouvons dire que la mort est due au catarrhe suffocant et non à la complication cardiaque.

En tout cas, ce qui nous intéresse et ce que nous devons retenir, c'est l'inefficacité du salicylate ; en effet, au cours de la crise articulaire, nous l'avons administré à doses de 8 grammes, ensuite pendant la complication pulmonaire.

Nous dirons donc que la complication pulmonaire n'est pas justiciable du salicylate, bien que celui-ci

ait été employé avant elle, au cours de l'accès articulaire, à hautes doses et ensuite durant la complication elle-même.

Conclusions

Des observations que nous venons de relater, il apparaît bien que c'est grâce uniquement aux fortes doses de salicylate que nous devons de réduire la durée de la crise, d'enrayer la complication cardiaque, de l'améliorer quelquefois.

Nous devons faire une restriction pour la complication pulmonaire, où, nous inspirant du traitement de Josué dans l'asystolie rhumatismale, nous avons échoué dans son application.

En résumé, disons donc que dans tout cas de rhumatisme articulaire aigu nous donnerons le salicylate de soude à hautes doses (12, 14, 16 gr.), car en plus de son action curative, c'est notre seule chance d'éviter la complication cardiaque alors à son début, à sa phase d'œdème valvulaire, nous souvenant toutefois, qu'il est des susceptibilités vis-à-vis de ce médicament, particulièrement lorsqu'il s'agit du sexe féminin.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
CARNOT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
APPELL.

Bibliographie

G. CAUSSADE et CHARPY. — *Revue de Médecine*, 1921 : le salicylate de soude.

BLECHMANN. — La Péricardite.

JOSUÉ. — *Monde Médical*, mai 1919 : Modalités rares du rhumatisme articulaire aigu.

HANOT. — *Presse Médicale* : Cliniques.

DIEULAFOY. — *Traité Pathologie Interne*.

GILBERT et FOURNIER. — *Pathologie Interne*, T. I.
